



# **ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

**ВИПУСК 2 (36) 2015**

# **ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

Науковий, медичний збірник  
Виходить 2 рази на рік  
Збірник засновано у березні 1998 р.

**Випуск 2 (36) 2015**

Київ  
ТОВ “Видавництво “ЮСТОН”  
**2015**

**Засновники:**  
**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені**  
**П.Л.ШУПИКА**  
**(НМАПО ім.П.Л.ШУПИКА)**

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ - ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»**  
**(ГО «ААГУ»)**

- Головний редактор** — Запорожан В.М., академік НАМН України, д.мед.н., професор, Президент ГО «ААГУ», Віце-президент НАМН України, ректор Одеського національного медичного університету.
- Відповідальний науковий редактор** — Камінський В.В., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст із акушерства та гінекології МОЗ України, Голова виконавчого комітету ГО «ААГУ», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім.П.Л.Шупика.
- Виконавчий редактор** — Борис О.М., д.мед.н., професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім.П.Л.Шупика.
- Відповідальний секретар** — Коломійченко Т.В., к.техн.н., відповідальний секретар виконавчого комітету ГО «ААГУ», старший науковий співробітник НДЦ НМАПО ім.П.Л.Шупика.

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

- Геряк С.М.** — д.мед.н., завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Тернопільського державного медичного університету ім.Горбачевського;
- Голяновський О.В.** — д.мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л.Шупика;
- Горовенко Н.Г.** — чл.-кор., д.мед. н., професор, завідувач кафедри медичної та лабораторної генетики НМАПО ім. П.Л.Шупика;
- Дубініна В.Г.** — д.мед.н., професор, проректор Одеського національного медичного університету з лікувальної роботи та післядипломної освіти, завідувач кафедри онкології;
- Дубоссарська З.М.** — д.мед.н., професор, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;
- Жук С.І.** — д.мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО ім. П.Л.Шупика
- Нагорний О.Є.** — д.мед.н., старший науковий співробітник відділу сексопатології та андрології Інституту урології НАМН України;
- Носенко О.М.** — д.мед.н., професор, заступник директора з наукової роботи НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького;
- Рожковська Н.М.** — д.мед.н., професор, професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету;
- Шатилович К.Л.** — д.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

**РЕКОМЕНДОВАНО:** Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол № 7 від 09.09.15

За рішенням Атестаційної колегії МОН України № 1021 від 7.10.2015 «Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України» включено до переліку наукових фахових видань України в галузі медичних наук, рекомендованих для публікації результатів дисертаційних робіт

© Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 2015  
© Громадська організація «Асоціація акушерів-гінекологів України», 2015

<b>КОРЕКЦІЯ БІОТОПУ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГЕНІТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ</b> <i>ДРОНОВА В.Л., ЩЕРБА О.А., БУ ВЕЙВЕЙ</i> .....	68
<b>СТАН ВАГІНАЛЬНОЇ МІКРОБІОТИ У ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ, ЯКА НАСТАЛА В ЦИКЛАХ ЗАПЛІДНЕННЯ <i>IN VITRO</i></b> <i>ДУБІНІНА В.Г., ГОЛОВАТЮК К.П.</i> .....	72
<b>ДОПЛЕРІВСЬКЕ КАРТУВАННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГПЕРІПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ</b> <i>ДУБІНІНА В.Г., ВІЗІР К.М.</i> .....	76
<b>РІВЕНЬ АНЕУПЛОЇДІЙ ЯДЕР СПЕРМІТОЗОЇДІВ ЧОЛОВІКІВ ПОДРУЖНИХ ПАР З ПОЄДНАННЯМ ЧОЛОВІЧОГО ТА ЖІНОЧОГО ФАКТОРІВ БЕЗПЛІДДЯ</b> <i>ДУБІНІНА В.Г., ПАЦКОВА А.І., ПАЛІЙ Г.Б.</i> .....	80
<b>ОПЫТ ТЕРАПИИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ</b> <i>ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.А., НАГОРНИЮК В.Т.</i> .....	83
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА ВАГІТНОЇ</b> <i>ДУКА Ю.М.</i> .....	87
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН І РАННЬОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯЄЧНИКІВ</b> <i>ЄГОРОВ О.О.</i> .....	92
<b>СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОФІЛАКТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ</b> <i>ЖАБЧЕНКО І.А., ЛІЩЕНКО І.С., КОВАЛЕНКО Т.М.</i> .....	94
<b>ФИТОТЕРАПИЯ В КЛИМАКТЕРИИ; РЕАЛИИ И ПРАКТИКА</b> <i>ЗАБОЛОТНОВ В.А., РЫБАЛКА А.М., ШАТИЛА В.И., АНИКИН С.С.</i> .....	101
<b>ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ (ЛЕКЦІЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ)</b> <i>ЗАПОРОЖАН В.М., НОСЕНКО О.М.</i> .....	104
<b>ВАГІТНІСТЬ ТА ЇЇ РЕЗУЛЬТАТ У БАГАТОНАРОДЖУЮЧИХ ЖІНОК</b> <i>ІВАНЮТА С.О., КУРОЧКА В.В., НЕЙМАРК О.С., КОВАЛЬЧУК Х.В.</i> .....	108
<b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУППОЗИТОРИЕВ ПРОТЕФЛАЗИД® У ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ</b> <i>КАМИНСКИЙ В.В., ШАЛЬКО М.Н., ГРИНЕВИЧ А.И., ШЕПЕТЬКО М.В.</i> .....	111
<b>ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНИХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)</b> <i>КАМІНСЬКИЙ В.В., ШВЕЦЬ О.В., ГЕРВАЗЮК О.І.</i> .....	117
<b>АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗУ ТА НИЖНІХ КІНЦІВОК У ВАГІТНИХ</b> <i>КОВАЛЬ С.Д.</i> .....	122
<b>АНАЛІЗ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ УСКЛАДНЕНЬ ГЕСТАЦІЇ У ЖІНОК З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ</b> <i>КОРНІЄЦЬ Н.Г., КРАВЦОВА Ю.А.</i> .....	125
<b>СТАН ПРОБЛЕМИ САМОТНІХ ВАГІТНИХ</b> <i>КОРОЛЮК Н.П., МАЙДАННИК І.В.</i> .....	
<b>ОПТИМІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ТА ПОРОДІЛЬ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ, ВАГІНИ, ПРОМЕЖИНИ</b> <i>КРАВЧЕНКО О.В.</i> .....	133

місяців застосування препарату відзначена позитивна суб'єктивна динаміка у вигляді зникнення і зменшення характеру масталгії у 93 % пацієнток, а також позитивна об'єктивна динаміка за даними ультразвукового обстеження молочних залоз у 88,3 % жінок.

**Ключові слова:** дисгормональні захворювання молочних залоз, лейоміома матки, гістеректомія, індол-3-карбінол.

dishormonal breast diseases undergoing hysterectomy for symptomatic uterine leiomyoma. After 6 months, the drug showed positive dynamics in the form of subjective disappearance and reduce the nature of mastalgia in 93 % of patients, as well as the positive dynamics of the objective according to the ultrasound breast in 88.3 % of women.

**Keywords:** dishormonal breast disease, uterine leiomyoma, hysterectomy, indole-3-carbinol.

*Поступила 16.06.2015*

## SUMMARY

### EXPERIENCE THERAPY DISHORMONAL BREAST DISEASES IN PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF UTERINE LEYOMYOMA

DUBOSSARS'KA Z.M., DUBOSSARS'KA Y.O.,  
NAGORNYUK V.T.

The present study shows the usefulness of the drug indole-3-carbinol in 43 patients with

УДК 618.6-036-06:613.25

*ДУКА Ю.М.*

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
м. Дніпропетровськ

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА ВАГІТНОЇ

*У статті розглядаються питання залежності перинатальних наслідків та перебігу післяпологового періоду від індивідуалізації підходу до складання лікувального алгоритму з урахуванням результатів дослідження поліморфізму генів-кандидатів, відповідальних за розвиток тромбофілії, метаболізм фолієвої кислоти. Доведено важливість оцінки фенотипу вагітної жінки для прогнозування виникнення у них гестаційних ускладнень та перинатальних втрат.*

**Ключові слова:** фенотип, вагітність, невиношування, післяпологовий період, крововтрата.

Ожиріння пов'язане не лише з підвищенням частоти виникнення гестаційних ускладнень, операції кесарів розтин, але і також асоційовано з ускладненнями в післяпологовому і післяопераційному періоді, а також анестезії. Ожиріння є незалежним чинником ризику розвитку гнійно-запальних та гнійно-септичних ускладнень після операції кесарів розтин, навіть у тому випадку, коли проводилася антибіотикопрофілактика [1, 2, 3, 4].

**Метою роботи** було проведення аналізу перебігу післяпологового періоду у жінок в залежності від маси тіла та застосованої терапії.

### Матеріал і методи дослідження

Перебіг післяпологового періоду аналізувався у зіставленні даних 278 жінок (111 жінок із надмірною вагою в I групі, 52 пацієнтки із нормальним ІМТ в II клінічній групі, а також 115 жінок із надмірною вагою в III клінічній групі), які народжували на базі пологових відділень КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром «Дніпропетровської обласної ради».

Середній вік вагітних в I клінічній групі склав  $30,9 \pm 0,4$  (95% ДІ: 30,0-31,8) років, в II групі -  $30,3 \pm 0,6$  (95% ДІ: 29,1-31,5) та в III групі -  $28,4 \pm 0,5$  (95% ДІ: 27,4-29,4) років ( $p < 0,001$  між групами за t-критерієм) років ( $p_{1:2} = 0,460$  та  $p_{1:3} < 0,001$  по t - критерію).

Термін виникнення пологів у жінок тематичних груп коливався у жінок I групи від 29 тижнів гестації до 41, в II – від 28 до 41 тижня, а в III – від 24 до 41 та в середньому складав:  $(37,7 \pm 0,2)$ ,  $(37,9 \pm 0,3)$  та  $(38,6 \pm 0,2)$  тижнів гестації відповідно по групах.

Термінові мимовільні пологи спостерігалися у 59 (53,2 %), 32 (61,5 %) та 71 (61,7 %) жінок I, II та III клінічних груп відповідно. Передчасні мимовільні пологи виникли в 4 (3,6 %), 5 (9,6 %) та 6 (5,2 %) випадках відповідно по клінічним групам. Оперативному методу розродження були піддані 46 з 111 (41,4 %) пацієнток I клінічної групи (25 (22,5 %) випадків оперативного розродження у плановому порядку; 13 (11,7 %) - оперативне розродження в ургентному порядку; 10 (9,0 %) - ургентні оперативні передчасні пологи), 15 вагітних II клінічної групи (7 (13,5 %), 5 (9,6 %) та 3 (5,8,0 %) випадки відповідно за вищезазначеними показниками) та 37 пацієнток III клінічної групи (14 (12,2 %), 18 (15,7 %) та 6 (5,2 %)).

Статистичну обробку матеріалів дослідження проводили з використанням пакету програм STATISTICA v.6.1® [5]. Критичне значення рівня значимості ( $p$ ) приймалося  $\leq 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі перебігу пологів та післяпологовому періоді вважали за обов'язкове оцінити рівні крововтрати в пологах, згідно з клінічним протоколом наказу МОЗ України № 205 від 24.03.14 «Акушерські кровотечі».

Рівень допустимої крововтрати (ДК) у жінок тематичних груп, враховуючи їх вагу тіла наприкінці вагітності, в середньому складав  $(455,1 \pm 4,7)$  мл,  $(355,7 \pm 5,3)$  мл та  $(509,6 \pm 4,9)$  мл відповідно по групах ( $p < 0,001$  при усіх порівняннях між групами за критерієм Дункана). Більш високі цифри рівня допустимої крововтрати у жінок I та III клінічної групи пояснювала наявність в деяких ожиріння II та III ступеня. Фактична крововтрата (ФК) у пологах по групах в середньому склала  $(447,9 \pm 25,7)$  мл,  $(402,9 \pm 35,2)$  мл та  $(386,2 \pm 20,5)$  мл відповідно по групах ( $p_{1:2} = 0,248$ ,  $p_{1:3} = 0,135$ ,  $p_{2:3} = 0,668$  за критерієм Дункана).

Середній рівень крововтрати при КР завжди був вищим ніж при мимовільних

пологах ( $p < 0,001$  при усіх порівняннях за  $t$ -критерієм Стьюдента):  $(606,1 \pm 49,7)$  мл в I клінічній групі,  $(684,7 \pm 74,9)$  мл в II та  $(558,1 \pm 27,4)$  мл в III клінічній групі.

Серед жінок I групи ФК мала великий розбіг. Однак, цей факт пояснювався акушерською ситуацією під час пологів та методом розродження.

При мимовільних пологах обсяг крововтрати в пологах в цій групі в середньому склав  $339,3 \pm 17,0$  мл (95% ДІ 305,3-373,2), що співпадало з показниками ДК. При оперативному розродженні цей показник дорівнював  $606,1 \pm 49,7$  мл (95% ДІ 506,0-706,1). Однак коливання цього показника обмежувалися від 500 до 2000 мл. Кожен окремий випадок крововтрати пояснювався клінічною ситуацією.

Лише в 3 випадках при проведенні ургентного КР мова йшла про крововтрату більше 1000 мл, а саме: 1050 мл (що складало 1,2% від маси тіла та відповідало I ступені важкості геморагічного шоку) при проведенні ургентного КР з приводу тяжкої прееклампсії в терміні гестації 38 тижнів в однієї (0,9%) вагітної з надмірною вагою; 1800 та 2000 мл в 2 (1,8%) випадках передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) та ургентного КС, як методу розродження. У випадку ПВНРП мова йшла про 1,5% та 2,3% крововтрати від маси тіла відповідно та співвідносилось із II та III ступенем геморагічного шоку, що призвело в одному випадку, при III ступені шоку, до екстирпації матки. В інших випадках ургентного кесарева розтину крововтрата не перевищувала 1000 мл, допустимі наказом МОЗ України № 205.

У жінок II клінічної групи високі цифри ФК пояснювалися розродженням шляхом КР, саме при проведенні якого коливання показників крововтрати визначалося в межах від 450 до 1450 мл.

Ефективно низька крововтрата (450-800 мл) відмічалася у жінок, що були прооперовані у плановому порядку. При проведенні ургентного КР з приводу вторинної слабкості пологової діяльності та клінічно вузького тазу (по 1 (1,9%) випадку відповідно) також спостерігалася допустима при КР крововтрата – 650 та 670 мл.

В двох випадках у жінок II клінічної групи мова йшла про високу ФК: 1200 та 1450 мл. Причини подібної крововтрати були наступні: в 1 (1,9%) випадку приводом



для ургентного КР стало ПВНРП в терміні вагітності 36 тижнів гестації, обсяг крововтрати склав при цьому 1450 мл; також у 1 (1,9 %) жінки ургентний КР був проведений з приводу розвитку прееклампсії середнього ступеня в 39 тижнів гестації – крововтрата 1200 мл.

Інша клінічна картина складалася при аналізі обсягів ФК у жінок III клінічної групи. При мимовільних пологах обсяг ФК в середньому склав  $304,6 \pm 21,9$  мл (ДІ 260,9-348,3). Причиною для надмірної фактичної крововтрати при мимовільних пологах у цих жінок стали: розрив промежини I ступеня в

8 (7,0%) випадках та в 3 (2,6%) - затримка частин посліду. Обсяг крововтрати при цьому коливався в межах 550-850 мл.

При проведенні КР у жінок III клінічної групи обсяг фактичної крововтрати коливався від 510 до 1100 мл та в середньому склав  $558,1 \pm 27,4$  мл (95% ДІ 502,6-613,6). Лише в 2-х випадках крововтрата перевищувала 1000 мл (по 1100 мл в обох випадках). В цих випадках мова йшла про ургентний КР з приводу клінічно вузького тазу.

Оцінка перебігу раннього післяпологового періоду в залежності від способу розродження наведена в таблицях 1 та 2.

Таблиця 1

**Характеристика раннього післяпологового періоду у жінок тематичних груп після мимовільних пологів,  $M \pm m$  (95% ДІ) або абс. (%)**

Показник	I клінічна група (n=65)	II клінічна група (n=37)	III клінічна група (n=78)	p між групами
Наявність кровотечі у ранньому післяпо-логовому періоді	3 (4,6 %)	3 (8,1 %)	11 (14,1 %)	p1:2=0,471* p1:3=0,057* p2:3=0,358*
Обсяг крововтрати в пологах, мл	$339,3 \pm 17,0$ (305,3-373,2)	$288,6 \pm 17,9$ (252,4-324,9)	$304,6 \pm 21,9$ (260,9-348,3)	p1:2=0,119 p1:3=0,258 p2:3=0,602
Температура тіла, °C	$36,86 \pm 0,01$ (36,85-36,88)	$36,85 \pm 0,02$ (36,81-36,89)	$36,94 \pm 0,02$ (36,9-36,97)	p1:2=0,569 p1:3=0,002 p2:3<0,001
Пульс, удари за хвилину	$73,9 \pm 0,4$ (73,0-74,8)	$72,9 \pm 0,6$ (71,7-74,0)	$75,2 \pm 0,6$ (74,0-76,4)	p1:2=0,232 p1:3=0,119 p2:3=0,008

Примітка. p – рівень значимості різниці між групами за критерієм Дункана (\* – за критерієм  $\chi^2$ )

Характеристика післяпологового періоду у жінок тематичних груп після кесарева розтину мала деякі особливості.

Таблиця 2

**Характеристика раннього післяпологового періоду у жінок тематичних груп після кесарева розтину,  $M \pm m$  (95% ДІ) або абс. (%)**

Показник	I клінічна група (n=46)	II клінічна група (n=15)	III клінічна група (n=37)	p між групами
Наявність кровотечі під час виконання КР	23 (50,0 %)	4 (26,7 %)	19 (51,4 %)	p1:2=0,114* p1:3=0,903* p2:3=0,104*
Середній обсяг крововтрати при КР, мл	$606,1 \pm 49,7$ (506,0-706,1)	$684,7 \pm 74,9$ (524,1-845,3)	$558,1 \pm 27,4$ (502,6-613,6)	p1:2=0,309 p1:3=0,534 p2:3=0,123
Температура тіла, °C	$36,91 \pm 0,02$ (36,87-36,94)	$37,15 \pm 0,04$ (37,06-37,24)	$37,11 \pm 0,03$ (37,05-37,18)	p1:2<0,001 p1:3<0,001 p2:3=0,417
Пульс, удари за хвилину	$75,2 \pm 0,6$ (74,1-76,3)	$78,8 \pm 1,5$ (75,7-81,9)	$82,1 \pm 1,0$ (80,0-84,2)	p1:2=0,013 p1:3<0,001 p2:3=0,022

Примітка. p – рівень значимості різниці між групами за критерієм Дункана (\* – за критерієм  $\chi^2$ )

Гіпертермія на 3 добу після мимовільних пологів була виявлена у 3 (4,6%) жінок I клінічної групи та 7 (9,1%) – третьої. Підйом температури супроводжувався тахікардією. Подібний стан був пов'язаний у жінок III клінічної групи із виникненням лохіометри в цих хворих.

При порівнянні показників післяпологового періоду після КР відмічено, що швидкість інволюції матки була нижче, ніж після мимовільних пологів:  $(2,02 \pm 0,03)$  см проти  $(1,58 \pm 0,04)$  см в I клінічній групі,  $(2,03 \pm 0,02)$  см проти  $(1,63 \pm 0,08)$  см - в II та  $(1,97 \pm 0,05)$  см проти  $(1,51 \pm 0,06)$  см в III клінічній групі ( $p < 0,001$  при усіх порівняннях у групах за t-критерієм Стьюдента).

Помірна синусова тахікардія, при якій ЧСС не перевищувала 90 ударів за хвилину, спостерігалася в 11 (23,9%), 4 (26,7%) та 18 (48,6%) випадках у жінок I, II та III клінічних груп відповідно після кесарева розтину ( $p_{1:2}=0,830$ ,  $p_{1:3}=0,019$  та  $p_{2:3}=0,146$  за  $\chi^2$  критерієм).

Гіпертермія на 3 добу виникла у 5 (10,9%) жінок з I клінічної групи, 2 (13,3%) – другої та 18 (48,6%) - III клінічної групи ( $p_{1:2}=0,795$ ,  $p_{1:3}<0,001$  та  $p_{2:3}=0,018$  за  $\chi^2$  критерієм) після КР. Підاپоневротична гематома виникла у 2 (4,3%) жінок I та 8 (21,6%) пацієнток III клінічних груп ( $p_{1:3}=0,016$  за  $\chi^2$  критерієм). В 2 випадках у жінок III клінічної групи мова йшла про підاپоневротичну гематому великих розмірів (8,5 та 9,0 см3). В цих випадках проводили хірургічне втручання та дренування цих утворень з наступним лікуванням із застосуванням антибактеріальних препаратів.

Лохіометра виникла у 4 (3,6%) жінок I (у 3 пацієнток після мимовільних пологів та в однієї жінки після кесарева розтину) та у 11 (9,6%) жінок III клінічних груп (у 7 та у 4 пацієнток відповідно) ( $p_{1:3}=0,072$  за  $\chi^2$  критерієм). Вищезазначений діагноз був виставлений у жінок I клінічної групи при проведенні УЗД без наявності клінічної картини, як знахідка при плановому обстеженні матки після пологів та КР. Відмінним фактом у жінок III клінічної групи було те, що випадкам виявлення у них на УЗД лохіометри передувала розвинута характерна клінічна картина: підвищення температури до  $38,5-39^\circ\text{C}$ , озноб і тахікардія, припинення виділення лохий. Саме для підтвердження та уточнення попереднього діагнозу в цих випадках й проводили УЗД. Своєчасна діагнос-

тика цього стану призвела до попередження виникнення післяпологового ендометриту у цих породіль. Позитивні наслідки в лікуванні вищезазначеного стану при консервативному лікуванні отримані у 3 (75%) жінок I та 8 (72,7%) жінок III клінічної групи. Інструментальній евакуації вмісту порожнини матки були піддані одна жінка з I та 3 жінки з III клінічної групи.

Одним з тяжких ускладнень у вагітних з ожирінням є тромбози глибоких вен і тромбоемболії, що обумовлене порушеннями в системі гемостазу і фібринолізу, що притаманні цьому стану.

Пацієнтки I (76 пацієнток з 120 – 63,3%) і II (43 жінки з 55 – 78,2%) клінічних груп отримували антикоагулянтну терапію упродовж гестаційного процесу при виявленні тенденції до гіперкоагуляції з боку згортальної системи крові та наявності поліморфізму генів тромбофілії. Це дозволило наблизити показники гемостазу до довірчого інтервалу норми при вагітності і зберегти хистку грань між нормою і патологією у жінок із поліморфізмом генів тромбофілії і доведеним чинником ризику виникнення тромбогеморагічних ускладнень при вагітності та в пологах – ожирінням. Застосування низькомолекулярних гепаринів (НМГ) під час вагітності у жінок проспективних клінічних груп покращило перинатальні наслідки в порівнянні із жінками III клінічної групи.

Ведення післяпологового періоду включало раннє вставання: впродовж 2 годин після природних пологів і 6-8 годин після кесарева розтину; належну гідратацію в післяпологовому періоді, а також раннє вживання рідини і їжі: відразу після природних пологів, через 4-6 годин після операції кесарева розтину з регіонарною анестезією і через 6-8 годин після операції кесарева розтину під загальним наркозом.

У жінок, що перенесли КР, починаючи через 12 годин після його виконання, застосовувалися НМГ впродовж 10 днів після операції з метою профілактики тромботичних ускладнень. При появі інших чинників ризику (різко збільшений рівень Д-димеру в післяопераційному періоді, артеріальна гіпертензія, анемія, інфекція) тривалість тромбопрофілактики вирішувалася індивідуально.

При застосуванні НМГ не зафіксовано ніяких побічних ефектів (кровотеча і



індукована НМГ тромбоцитопенія). Терапія НМГ впродовж 10 діб мала достатній ефект для профілактики тромбоемболічних ускладнень. Однак в однієї (0,9 %) породіллі після кесарева розтину з І клінічної групи та 9 (7,8 %) жінок ІІІ клінічної групи виник гострий тромбофлебіт поверхневих вен нижніх кінцівок, серед яких у 3 пацієнток після мимовільних пологів та у 6 пацієнток після кесарева розтину, незважаючи на проведену у цих жінок профілактику подібних ускладнень антикоагулянтами ( $p1:3=0,011$  за критерієм  $c2$ ).

### Висновки

1. Ожиріння є негативним преморбідним фоном для перебігу вагітності і пологів. Отже, жінок з ожирінням слід відносити до групи ризику розвитку ускладнень під час вагітності, в пологах і перинатальної захворюваності.
2. Спостереження за чинниками ризику в ході вагітності, пологів і в післяпологовому періоді у поєднанні з фізикальними заходами (контроль за набором маси тіла під час вагітності) і профілактикою тромботичних ускладнень за допомогою низькомолекулярного гепарину дозволило запобігти виникненню тромбоемболізму під час вагітності, пологів і післяпологового періоду.
3. Користь від застосування низькомолекулярних гепаринів після операції кесарева розтину з метою мінімізації вірогідності тромбоемболічних ускладнень значно перевершувала той незначний ризик, який виникає при прийомі цих препаратів.

### ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алгоритм клініко-гемостазиологічного обстеження в акушерсько-гінекологічній практиці / П.А. Кирющенков, Р.Г. Шмаков, Е.В. Андамова [и др.] / Акушерство и гинекология. – 2013. – № 1. – С. 101-106.
2. Макацария А.Д. Системные синдромы в акушерско-гинекологической практике / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе, С.М. Баймурадова и др. // М.: МИА. – 2010. – 888 с.
3. Макацария А.Д. Тромбогеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической

практике / А.Д. Макацария. – М.: МИА, 2011. – 1056 с.

4. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / [Макацария А.Д., Пшеничникова Е.Б., Пшеничникова Т.Б., Бицадзе В.О.]. – М.: ООО «МИА», 2006. – 480 с.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 312 с.

### РЕЗЮМЕ

#### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА БЕРЕМЕННОЙ

ДУКА Ю.М.

В статье рассматриваются вопросы зависимости перинатальных исходов и течения послеродового периода от индивидуализации подхода к составлению лечебного алгоритма с учетом результатов исследования полиморфизма генов-кандидатов, ответственных за развитие тромбофилии, метаболизм фолиевой кислоты. Доказана важность оценки фенотипа беременной женщины для прогнозирования возникновения у них гестационных осложнений и перинатальных потерь.

**Ключевые слова:** фенотип, беременность, невынашивание, послеродовой период, кровопотеря.

### SUMMARY

#### FEATURES OF THE CURRENT POSTNATAL DEPENDING ON THE BODY WEIGHT OF THE PREGNANT WOMAN

DUKA Y.M.

In article questions of dependence of perinatal outcomes and a current of the postnatal period are considered on an individualization of approach to drawing up medical algorithm are considered. Importance of research of polymorphism of the candidate genes responsible for development of a thrombophilia, a metabolism is proved to folic acid. Importance of an assessment of a phenotype of the pregnant woman for forecasting of emergence at them gestational complications and perinatal losses is proved.

**Key words:** phenotype, pregnancy, pregnancy losses, postnatal period, blood loss.

Поступила 15.06.2015